Rok XXVI. Kraków, 29 Stycznia 1887. Nr. 5.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

**Redakcyja:**
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:**
Ul. św. Filipa i ul. Krótka,-d m narożny.

**Ekspedycyja miejscowa**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

**Cena ogłoszeń,**
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

**Przedpłatę**
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

**Rękopismy**
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | w **Austryi** 8 złr. 80 ct. | w **Król. Polskiem i Ces. Ros.** 6 rsr. | w **Niemczech** 16 mk. | **we Francyi** 24 fr. |
| **Półrocznie:** | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| **Kwartalnie:** | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |




## I. Przyczynek do sposobu operowania trudniejszych przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych.

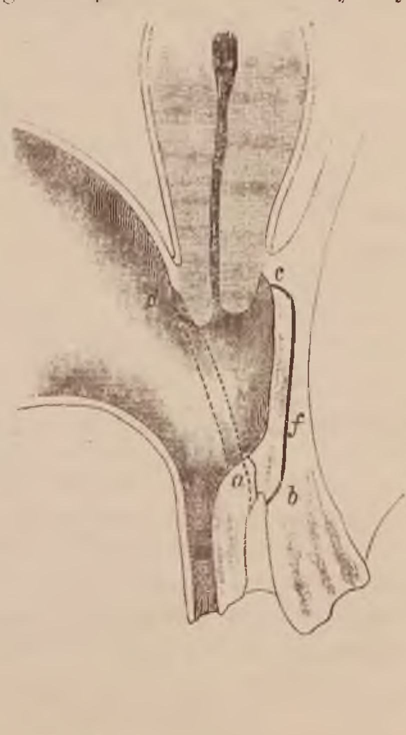
(Podług wykładu mianego na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie).

Podał

**Dr. Rydygier.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

W drugim przypadku u kobiety 42-letniéj przetoka była jeszcze dłuższą i szerszą. Część pochwowa macicy była prawie zupełnie zniszczona; pozostał bowiem tylko mały kikutek w miejscu tylnéj wargi; resztę zastępowały blizny, które prócz tego zajmowały i górną część pochwy. Przetokę tę nabyła chora przy 6 porodzie; w położeniu pośladkowém porodzony aż do ramion tkwił w miednicy przez 36 godzin; lekarz przywołany ukończył poród bez pomocy narzędzi. Wynalezienie kanału macicznego nie było łatwe. Rozszerzywszy blizny w pochwie wałkami Bozemana dwukrotnie usiłowałem wprost zamknąć przetokę przez zeszycie jéj brzegów, lecz naprężenie było tak znaczne, iż zeszyte brzegi zawsze wnet się rozwarły. Wówczas zakreśliłem sobie następujące postępowanie. Wpierw zamierzałem równolegle do przedniego brzegu przetoki (*a*) pochwę poprzecznie zamknąć. Późniéj byłbym tuż poniżéj zaszycia tylną ścianę pochwy poprzecznie naciął i od podścieliska odłączył. Dodając cięcia na bokach i cięcie poprzeczne u góry (w miejscu „*c*“) byłbym sobie utworzył płat oddzielony z tylnéj ściany pochwowéj któryby miał podstawy przy „*ab*“; płat ten miał służyć do wszycia w otwór przetoki (zobacz kropkowaną linią na rycinie). Zamknięcie pochwy poniżéj przetoki wykonałem bez trudu. Lecz gdy chorą odesłałem do domu, aby odetchnęła i wróciła późniéj dla dokończenia operacyi, czuła się tak zdrową, iż zgodzić się więcéj nie chciała na żadne dalsze rękoczyny. Tak więc plan mój nie został wykonany. Zdaje mi się jednak, że podobne postępowanie jest do wykonania i dobrze posłużyćby mogło wobec bardzo wielkich przetok. Gdyby mi się nadarzył odpowiedni przypadek, nie zaniechałbym przeprowadzenia tego planu. Dla ułatwienia sobie operacyi postępowałbym jednak innym porządkiem. I tak najpiérw naciąłbym u góry (w miejscu „*c*“) pochwę poprzecznie dodając po każdéj stronie tylko górne ⅔ bocznych cięć (do *f*) i odłączyłbym w ten sposób płat z podstawą ku dołowi; płat ten wszyty w tylny obwód przetoki oddzielałby ją od górnéj części pochwy. Po jego przyrośnięciu dopiero zamknąłbym pochwę poprzecznie, lecz nie przez całą jéj szerokość, tylko odpowiednio do szerokości przetoki. Po zagojeniu naciąłbym tylną ścianę pochwy w miejscu „*b*“ poprzecznie i przez uzupełnienie cięć bocznych od dołu aż do *f* uwolniłbym płat zupełnie od tylnéj ściany pochwowéj i wszył go całkiem w przetokę. Za pomocą strzępków gazy jodoformowéj lub téż może przez ściągnięcie szwami brzegów nowo utworzonéj rany starałbym się przeszkodzić przyrośnięciu płata do rany w tylnéj ścianie pochwy.




Że postępowanie takie, gdyby się udało, znaczne przedstawiałoby korzyści w porównaniu z zamknięciem pochwy, nie ulega wątpliwości. Pozostawiając drogę do macicy otwartą nie tylko nie znosiłoby się płodności, lecz co ważniejsza, także

i wypływy miesięczne zwyczajną drogą mogłyby odchodzić, a nie przez pęcherz.

Jako dodatek przyłączam krótkie sprawozdanie o przetokach pęcherzowo-pochwowych przezemnie operowanych.

1) Przetoka pęcherzowa, maciczno-pochwowa, powierzchowna. M. W. w wieku lat 46; rodziła 8 razy bez pomocy lekarskiéj. Poród ostatni trwał 2 dni i 3 noce; położenie płodu czaszkowe; poród ukończono kleszczami, któremi wydobyto dziecko żywe płci męzkiéj. W 3 dni późniéj mocz bezwiednie odpływać począł.

Przetoka znajduje się w środkowéj części przedniéj ściany pochwowéj tuż przed przednią wargą maciczną; otwór jéj drożny dla małego palca. Miednica nie zwężona. Do zamknięcia wystarczyła jedna operacyja.

2) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. Ta sama niewiasta w rok późniéj zaszła w ciążę i nabyła przy porodzie znowu przetokę. Operacyję wykonać trzeba było dwukrotnie. Przy następnym porodzie przetoka nie pojawiła się.

3) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. R. F., lat 40 nabyła przetokę przy pierwszym porodzie trwającym 4 dni, który dobiegł końca bez pomocy lekarskiéj; położenie płodu było czaszkowe.

Miednica płaska; przetoka wielkości talara dochodzi do przedniéj wargi macicznéj. Przedni jéj brzeg ostry, ukryty po za kością łonową i w części przyrósł do kości; lewą jego połowę zakrywa fałd błony śluzowéj. Pierwsza operacyja, którą wykonałem w domu prywatnym, była bezskuteczną może z powodu, że w nocy nikt moczu cewnikiem choréj wypuszczać nie mógł. Po drugiéj operacyi, którą w moim zakładzie wykonałem, chora była zdrową.

4) Przetoka pęcherza do pochwy. M. P., lat 24. wzrostu niskiego, podudzia wykrzywione, miednica spłaszczona. Przetoka powstała przy pierwszym porodzie, który trwał 5 dni aż go wreszcie lekarz za pomocą narzędzi ukończył; mocz dopiero w trzy tygodnie po porodzie przez pochwę odpływać zaczął. Przetoka nie sięga do przedniéj wargi macicznéj, od któréj $^3/_4$ cm. jest oddalona. Zamknięto ją za pomocą jednéj operacyi.

5) Przetoka moczowodu do pochwy. K. L., lat 24, nabyła przetoki po porodzie bardzo ciężkim, dokonanym kleszczami. Z macicy pozostały tylko resztki; mianowicie części pochwowéj nie ma ani śladu; sklepienie pochwy bliznowate, zwężone. Po lewéj stronie w bliznach znajduje się lejkowaty otwór, który dąży ku górze i ku lewéj stronie; końca tego kanału nie można wyśledzić. Zabarwiony płyn, wlany do pęcherza, nie wydobywa się przez pochwę, mimo, iż mocz kroplami do niéj wpływa, zwłaszcza gdy chora na lewy bok się położy. Badając chorą po znieczuleniu można cienki cewnik wsunąć wysoko w prawy moczowód; w lewy wprowadzić go nie można. Rozpoznano przetokę lewego moczowodu. Po badaniu ciepłota bardzo wysoko się podniosła i rozwinęła się ropnica; przerzuty jéj wystąpiły w stawie kolanowym i barkowym. Powoli chora powróciła do stanu prawidłowego. Wtenczas po okrwawieniu zaszyto lejkowaty otwór. W 7 miesięcy po operacyi chora czuła się jeszcze zupełnie zdrową.

6) Przetoka pęcherza do pochwy. M. D., lat 29; przy pierwszym porodzie kleszczami powstała przetoka odległa o $^1/_2$ cm. od ust macicznych; rozlega się ona przez sklepienie pochwy w długości 1 cm. i $^3/_4$ cm. szerokości; przez otwór jéj wysuwa się błona śluzowa pęcherza. Wyleczenie nastąpiło po jednorazowéj operacyi.

7) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. H. P., lat 28, rodziła 4 razy; porody wszystkie były uciążliwe; ostatnie dwa płody przyszły nieżywe na świat. Pomocy lekarskiéj przy ostatnim porodzie nie miała. W 6 dni po nim mocz przez pochwę odpływać począł.

Przetoka, przez którą końcem palca przejść można, leży w linii środkowéj pochwy tuż przy przedniéj wardze macicznéj, warga sama głęboko nadarta. Po pierwszéj operacyi chora była wyleczoną.

8) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa głęboka. M. S., lat 21, nabyła przetokę przy pierwszym porodzie; płód wydobyto po przebiciu główki i zmiażdżeniu kranioklastem. Mocz dopiero po 14 dniach przez pochwę odpływał. Miednica zwężona; średnica Baudeloqua wynosi 17 cm. Przetoka, przedstawia się jako otwór poprzecznie ułożony 1 cm. długi, przednia warga maciczna zniszczona. Zamknięcia dokonano przez przyszycie przedniego brzegu przetoki do tylnéj wargi macicznéj, za pomocą 9 szwów; wyleczenie.

9) Przetoka pęcherza do pochwy. J. B., lat 22, przy pierwszym porodzie, przy którym użyto kleszczy, powstała przetoka. Przetoka ta znajduje się w przedniém sklepieniu pochwy; jest drożną dla końca palca. Miednica nieco zwężona. Zaszyto ją 7 szwami, poczém nastąpiło wyleczenie.

10) Przetoka pęcherza do pochwy. A. R., lat 36, rodziła 3 razy. Porody wszystkie trwały długo; ostatni aż dni 6, który ukończył przywołany lekarz kleszczami bez trudu. W pierwszych dniach po porodzie wydobywały się z pochwy strzępy obumarłe. Całe sklepienie pochwy bliznami zwężone; ujścia macicznego nigdzie odkryć nie można. W dolnych częściach blizn znajduje się przetoka drożna dla cewnika. W 3 dni po operacyi mocz sączyć się począł przez pochwę, lecz po dwukrotném przyżegnięciu azotanem srebra sączenie ustało i chora została wyleczoną.

11) Podwójna przetoka pęcherza do pochwy. R. M., lat 55, rodziła 8 razy. Poród ostatni wykonano kleszczami. Chorą już przed 8 laty operowano w Berlinie bez skutku. Podczas operacyi połączyłem obydwie przetoki w jednę; pozostał jednak po zagojeniu w prawym rogu drobny otwór, który przez ponowną operacyję zamknięto.

12) Przetoka pęcherza do pochwy. A. R., lat 29, posiada przetokę nabytą przy 6 porodzie; płód wydobyto po przebiciu główki. Średnica Baudeloqua mierzy 18 cm. Przetoka znajduje się w przedniém sklepieniu pochwy; przeprowadzić można przez nią zwyczajny cewnik metalowy. Po pierwszéj operacyi wyleczenie.

13) Przetoka pęcherza do pochwy. W. S., lat 36, nabyła przetokę przy 5 porodzie. Przy ostatnich 2 porodach użyto kleszczy, przy 5 atoli dopiero po 3 dniach zawezwano lekarza. Miednica zwężona. W przedniém sklepieniu pochwy znajduje się otwór wielkości marki. Do wyleczenia potrzebne były 3 operacyje.

14) Przetoka pęcherza do pochwy. M. H., lat 45, rodziła 13 razy. Ostatni poród odbył się przed 5 laty; wydobyto wtedy narzędziami bliźnięta. W 6 tygodni po porodzie starano się gdzieindziéj od przetoki chorą uwolnić, i to przez zamknięcie pochwy poniżéj przetoki, lecz bezskutecznie; pozostały bowiem po obu bokach otwory. Podczas operacyi otworzyłem miejsce zaszycia pochwy i spostrzegłem przed przednią wargą maciczną nieco w lewym boku przetokę kształtu trójkąta przy przednim jéj brzegu zwieszał się mały zmarszczony płatek. Przez przetokę błona śluzowa pęcherza znacznie była opadła. Po okrwawieniu brzegów wszyto płatek ów w przetokę i zamknięto ją, lecz jedna strona się nie zrosła. Po drugiéj operacyi, którą na żądanie

choréj podjęto zawcześnie, przetoka zamiast zmniejszyć się, raczéj się powiększyła. Wtedy chora dostała obłędu i wydalić ją musiałem z zakładu niewyleczoną.

15) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. I. H., lat 17. Przypadek ten już powyżéj jako pierwszy z owych dwóch najtrudniejszych jest umieszczony.

16) Przetoka pęcherza do pochwy. M. N., lat 30, chodzić nauczyła się dopiero w 3cim roku życia. Miednica spłaszczona; średnica Baudeloqua mierzy 17 cm Pierwszy poród, przy którym przetoka powstała, trwał dni 5; główkę płodu dla wydobycia go przebito. Mocz zaraz po porodzie przez pochwę odpływał. Wypływ miesięczny dopiero w 5 lat późniéj pojawił się i był połączony ze znacznemi bólami. Dopiero w 6 lat po nabyciu przetoki na naleganie Dra Paneckiego udała się po poradę do naszego zakładu.

Górna część pochwy i całe sklepienie znacznie bliznami zwężone; części pochwowéj macicy nie ma żadnego śladu. Z trudnością udało się po przecinaniu blizn odszukać wejścia do macicy; do niego wysoko w górze dochodziła przetoka. Najpierw rozszerzyliśmy powoli za pomocą drążków Fritscha kanał maciczny i dopiero potém zaszyliśmy przetokę; do zamknięcia jéj były potrzebne dwie operacyje. Rozszerzony kanał maciczny jednak zwężał się ustawicznie i ztąd wróciły bóle podczas regularności. Usuwa je się przez wprowadzanie od czasu do czasu drążków Fritscha. Drążków tych chora mimo, iż już 1½ roku od operacyi upłynęło, dotychczas używać musi.

17) Przetoka pęcherza do pochwy P. Z, lat 28, nabyła przetoki przy 3cim porodzie, trwającym 2½ dnia; płód wydobyto kleszczami. Przetoka 2 cm. długa jest od wargi przedniéj macicznéj na 1 cm. odległą. Wyleczenie po pierwszéj operacyi.

18) Przetoka pęcherza do pochwy. M. R., lat 27. Chora ta po drugi raz nabyła przetoki. Wyleczona z pierwszéj przetoki (zob. Nr. 4, M. P.) wyszła za mąż i rodziła w przeciągu 3½ roku trzy razy. Poród przedostatni wykonano kleszczami; przy ostatnim przebito główkę płodu. Do wyleczenia téj ostatniéj przetoki wystarczyła jedna operacyja.

19) Przetoka pęcherza do pochwy bardzo wielka. E. M., lat 42. (Przypadek ten jako drugi z najtrudniejszych już wyżéj opisano).

20) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa. M. Z, lat 30, rodziła 5 razy; porody wszystkie trwały długo; ostatni 3 dni i 3 noce. Miednica spłaszczona Przetoka większa nieco niż wielkości marki; przez nią opada górna ściana pęcherza. Przednia warga maciczna zniszczona. Przyszycie dolnego brzegu przetoki do resztek przedniéj ściany szyjki macicznéj udało się po dwukrotnéj operacyi.

21) Przetoka pęcherza do pochwy. R. S., lat 63, operowana przed pół rokiem w innym zakładzie dla raka macicy (wycięcie całéj macicy przez pochwę); po operacyi utworzyła się przetoka wielkości marki Gdy powrotu raka nie było widać, postanowiliśmy uwolnić chorą od tyle dla niéj nieprzyjemnego wypływania moczu przez pochwę. W tym celu zamknięto pochwę tuż pod przetoką. Do tego potrzebne były dwie operacyje, po których chora od moczocieku była uwolnioną.

## II. Zator tętnicy wieńcowéj serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany.

Przez

**Prof. Dra Korczyńskiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Aorta zmian miażdżycowych nie okazuje, jéj powierzchnia wewnętrzna jest zupełnie gładka. Natomiast jéj część wstępująca, co do swéj objętości jest niestosunkowo szeroka w porównaniu z cieśnią i częścią zstępującą; albowiem objętość aorty w części wstępującéj wynosi 80 mm., w cieśni nagle prawie o połowę mniéj, bo 47 mm., w części piersiowéj 44 mm., a 3 ctm. ponad rozdziałem części brzusznéj 36 mm.

W jamie brzusznéj na dnie miednicy małéj zaledwie kilka łyżek cieczy surowiczéj czerwonawéj. Wątroba wielka, waży 1·805 gr. Torebka jéj cienka, brzeg przedni lekko po bokach zaokrąglony. Miąższ na przekroju zalewa się obfitą krwią płynną, jest gładki, przeważnie brunatno-czerwony, z niewybitnie rysującemi się zrazikami, wązkie obwódki więcéj żółtawe okazującemi, i jest wyraźnie kruchszy. Przyrząd żółciowy prawidłowy. Śledziona wielkością nie przekracza wyraźnie granic prawidłowych, waży 225 gramów. okazuje torebkę miernie, niejednostajnie zgrubiałą, w jedném miejscu głębiéj zaciągniętą, gdzie na przekroju pośród miąższu ciemno-czerwonego, prawidłowéj zresztą spójności leży wąskie, a głęboko się zapuszczające ognisko masy białawéj, suchéj, rozetrzeć się dającéj, tkanką bliznowatą otoczone. Nadto w inném miejscu widać przy powierzchni mniejsze, klinowate ognisko, zbitsze, białawo odbarwione, miąższem ciemniéj czerwonym, lecz suchszym otoczone.

Nerki obie prawidłowéj wielkości. Torebka cienka schodzi łatwo z powierzchni blado-sino-czerwonawéj. W obu nerkach znaleziono mniejsze ogniska klinowate, odbarwione, miąższem wybroczynami przesiąkniętym otoczone. Zresztą na przekroju miąższ nerek okazuje budowę prawidłową, znaczniejszego stopnia przekrwienia, zwłaszcza piramid; w ogóle miąższ ten jest soczysty i kruchszy.

---

Opierając się na opisanym przypadku jako objawy kliniczne zatoru tętnicy wieńcowéj serca uważać należy: napad stenokardyi z rychlém zmniejszeniem się ilości tętna, które zrazu tak samo jak i uderzenie serca nie zmieniają swoich pierwotnych cech, osłabienie jednostronne tonów sercowych lub też istniejących poprzednio szmerów, i powiększenie stłumienia serca ku wierzchołkowi. Wśród tego, mimo szybkiego zmniejszania się ilości tętna, przytomność jest utrzymana, oddech ani przyspieszony ani nasilony, nie ma ani krwioplucia ani objawów zbrzęknienia płuc (*oedema*), ani sinicy, ani poblednięcia twarzy. Jako końcowe objawy pojawiają się nagle utrata przytomności, rozszerzenie źrenic, poblednięcie twarzy, drgawki, osłabienie coraz rzadszego tętna, które nagle bić przestaje wśród kilkakrotnych nasilonych ruchów oddechowych. Rozumie się samo przez się, że objawy te co do trwania, stopnia i kolejności ulegać będą rozmaitym odmianom stósownie do tego, czy zator uwięźnie w pniu tętnicy, czy też w jéj gałęzi mniejszéj lub większéj i czy sprawa odbywa się w tętnicy prawéj lub lewéj. Rozmaitość objawów zapewne zależeć będzie także od poprzedniego stanu tętnic wieńcowych i od poprzedniego stanu mięśnia sercowego, a może i od innych ubocznych warunków, jak się tego domyślać można w doświadczeniach nad sztucznem zamknięciem tętnic wieńcowych na zwierzętach dokonywanych, któreto doświadczenia w wynikach swych co do drobniejszych szczegółów nie zupełnie są ze sobą zgodne. Nie zawsze jednak okoliczności składają się tak korzystnie, jak w obecnym przypadku, ażeby rozpoznawszy zapalenie osierdzia lub skrzepy w lewéj komórce módz być przy chorym w chwili, gdy właśnie zator przychodzi do skutku.

W każdym razie przestaje być słusznem zdanie wypowiedziane w r. 1884 przez Leydena (*Zeitschrift f. klin. Med. t. VII.* str. 479) *„doch dürfte eine zuverlaessige Diagnose einer Herzruptur ebenso wenig möglich sein, wie die einer Embolie der Kranzarterie“.*

Zachowując sobie na późniéj opis objawów chorobowych, które towarzyszą zwężeniu tętnic wieńcowych serca wywołanemu sprawą miażdżycową, o ile pod tym względem opierać się mogę na własném doświadczeniu, nadmienię tu

tylko, że nagłemu zatkaniu tętnic wieńcowych nie towarzyszą ani objawy duszności sercowéj *(Asthma cardiacum)* ani objawy obrzęku płuc, podczas gdy wśród powolnego zmniejszania się prądu krwi w tętnicach wieńcowych napady duszności sercowéj, objaw oddechowy Cheyne-Stokesa i przypady obrzęku płuc przydarzają się bardzo często, natomiast brakuje w tych przypadkach zazwyczaj nagłego zmniejszenia się ilości tętna. Na teraz dla przykładu tylko przytaczam przypadek opisany przez Pawińskiego (Gazeta Lekarska 1883, str. 726) i 3 przypadki opisane przez Leydena (*Zeitschrift f. kl. Med* t. *VII.* str. 472 i nast.), które przeciwstawić można przypadkowi Hammera poprzednio opisanemu i Samuelsona (*Zeitsch. f. klin. Med.* t. *II.* str. 14), gdzie i oddech był prawidłowy i gdzie sekcyja zbrzęknienia płuc nie wykazała,— a natomiast istniało niezwykłe zwolnienie ilości tętna.

Szczegóły te nie sprzeciwiają się wcale doświadczeniom Welcha o przyczynie zbrzęknienia płuc *(Virchow Archiv* T. 72, str. 375) i owszem zdają się tylko wykazywać, że do powstania zbrzęknienia płuc potrzeba, aby komórka prawa wśród osłabienia lub zupełnéj nieczynności komórki lewéj mogła jeszcze czas dłuższy dokładnie się kurczyć. Jeżeli pobudliwość prawéj komórki wkrótce się wyczerpuje, w takim razie przychodzi tylko do nagromadzenia się krwi w żyłach płucnych (jak w naszym przypadku), braknie zaś czasu do rozwinięcia się zbrzęknienia płuc znaczniejszego stopnia.

Wreszcie nadmienić się godzi, że przypadek nasz co do braku arytmii tętna, rozszerzania się lewego przedsionka i nierównoczesnego upośledzenia czynności obudwu komórek (w tém znaczeniu, że komorka lewa wcześniéj słabnie niż prawa—jak to wnosić można z osłabienia pierwszego tonu nad lewą komórką przy niezmienionych tonach nad tętnicą płucną i komórką prawą) odpowiada więcéj doświadczeniom Samuelsona, co do utrzymanego zaś przez dłuższy czas prawidłowego parcia ościennego krwi w tętnicach a nagłego opadnięcia tego parcia tuż przed śmiercią odpowiada rychléj doświadczeniom Cohnheima i Schulthes-Rechberga.

Jakie znaczenie w powstaniu zmian zapalnych na śródsierdziu ma aplazyja układu tętniczego, będzie przedmiotem następnéj rozprawy.

## III. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt.

Podał
**Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,**
Asystent Inst. Farmakologicznego Uniwersytetu i Doc. Inst. Weteryn w Dorpacie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Pragnąc uniknąć zarzutu, że na głodzonych zwierzętach warunki stają się odmienne, że przeto wyniki, w tych warunkach otrzymane, nie stosują się do warunków normalnych, postanowiłem takie samo doświadczenie wykonać raz jeszcze, lecz tym razem na zwierzętach niegłodzonych. Posłużyły mi do tego dwa trzymiesięczne kociaki także jednego pomiotu, płci, wielkości i barwy i z równemi środkami ostrożności od chwili przyjścia na świat przezemnie wychowywane, jak i króliki. Karmiłem je wyłącznie równemi ilościami mleka. Ostatni raz karmione były wieczorem w przeddzień doświadczenia, tak że tylko w ciągu nocy pozostawały bez pokarmu. Pierwsza porcyja zastrzykniętego do *v. jugularis Ferri natriotartarici* wynosiła 5sz.cm. = 0,0160grm.Fe; w 3 godziny potém otrzymało to samo zwierzę 2,5sz.cm. = 0,0080Fe, również do *v. jugularis*, a w następne 3 godziny jeszcze 10sz. cm. = 0,0320Fe, tym razem do *Art. carotis*. Tym sposobem ogólna ilość zastrzykniętego żelaza wynosiła 0,0560grm.Fe. W 2 godziny po ostatniém zastrzyknięciu, zarówno jak i przez cały czas od pierwszego zastrzyknięcia, nie zauważyłem w zwierzęciu żadnych zgoła objawów ostrego zatrucia żelazem, pomimo że należało się tego spodziewać, wnosząc z pracy H. Meyera i Fr. Williamsa. Zabiłem tedy zwierzę przez upust krwi, jak powyżéj i przystąpiłem do przepłukania tylnéj połowy ciała i organów jamy brzusznéj zupełnie tak samo jak na królikach. W ten sam sposób dla porównawczych badań obszedłem się i z drugim kotem, który wcale nie otrzymał żelaza. Porównawczym rozbiorom, dokonanym zupełnie w tych samych warunkach, co i powyższe, poddałem tym razem więcéj organów niż poprzednio, bo krew, nerki, żołądek, kiszki cienkie razem z grubemi, wątrobę, mięśnie tylnéj połowy ciała, przeważnie pośladkowe i miednicy i wreszcie kości udowe i goleniowe razem ze szpikiem kostnym. I tu przepłukanie tkanek i organów było jak najkompletniejsze. Wyniki rozbiorów są następujące:

### *Kot niegłodzony bez wstrzyknięcia Fe.*

1. *Krew.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

| | | |
|---|---|---|
| Odważono | 4,0891 grm. | |
| Strata po wysuszeniu | 3,5532 „ | |
| zatém suchéj istoty | 0,5359 „ | czyli 13,105%. |

B. Oznaczenie żelaza.

| | | |
|---|---|---|
| Spopielono: | 20,4450 grm. | |
| Wolumetrycznie otrzymano: | 0,00507 grm.Fe. | |
| Titr kameleonu: | 0,000457 | |
| Zużyto „ : | 11,10sz.cm. | |
| zatém w świeżéj istocie | | 0,0247%Fe. |
| „ „ suchéj „ | | 0,1885 „ „ |

2. *Kiszki cienkie i grube.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

| | | |
|---|---|---|
| Odważono | 1,7857 grm. | |
| Strata po wysuszeniu | 1,6055 „ | |
| zatém suchéj istoty | 0,1802 „ | czyli 11,22%. |

B. Oznaczenie żelaza.

| | | |
|---|---|---|
| Spopielono: | 39,85 grm. | |
| Wolumetrycznie otrzymano: | 0,000845 grm.Fe. | |
| Titr kameleonu: | 0,000457 | |
| Zużyto „ : | 1,85cm.sz. | |
| zatém w świeżéj istocie | | 0,0021%Fe. |
| „ „ suchéj „ | | 0,0188 „ „ |

3. *Wątroba.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

| | | |
|---|---|---|
| Odważono | 20,7136 grm. | |
| Strata po wysuszeniu | 17,5403 „ | |
| zatém suchéj istoty | 3,1733 „ | czyli 15,32%. |

B. Oznaczenie żelaza.

| | | |
|---|---|---|
| Spopielono: | 20,7136 grm. | |
| Wolumetrycznie otrzymano: | 0,00137Fe. | |
| Titr kameleonu: | 0,000457 | |
| Zużyto „ : | 3,00cm.sz. | |
| zatém w świeżéj istocie | | 0,0066%Fe. |
| „ „ suchéj „ | | 0,0431 „ „ |

4. *Żołądek.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 11,1815 grm.
Strata po wysuszeniu 10,0570 „
zatém suchéj istoty 1,1245 „ czyli 10,06%.

*B.* Oznaczenie żelaza

Spopielono: 11,1815 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00059grm.Fe.

### *Kot niegłodzony po wstrzyknięciu Fe.*

1. *Krew.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 4,0646 grm.
Strata po wysuszeniu 3,4059 „
zatém suchéj istoty 0,6587 „ 16,205%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 13,9500 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000548grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 12,00cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0393%Fe
„ „ suchéj „ 0,2425 „ „

2. *Kiszki cienkie i grube.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 1,7813 grm.
Strata po wysuszeniu 1,6339 „
zatém suchéj istoty 0,1474 „ czyli 8,28%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 55,50 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00082 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 1,80cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0015%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0181 „ „

3. *Wątroba.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 17,7292 grm.
Strata po wysuszeniu 15,2548 „
zatém suchéj istoty 2,4744 „ czyli 13,96%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 17,7292 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00221 grm.
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 4,85cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0125%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0895 „ „

4. *Żołądek.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 8,1028 grm.
Strata po wysuszeniu 7,0164 „
zatém suchéj istoty 1,0864 „ czyli 13,40%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 8,1028 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000457grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 1,00cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0056%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0418 „ „

5. *Nerki.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 7,4698 grm.
Strata po wysuszeniu 6,5850 „
zatém suchéj istoty 0,8848 „ czyli 11,84%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 7,4698 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00054 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 1,20cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0073%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0617 „ „

6. *Mięśnie pośladkowe i miednicy.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 1,9234 grm.
Strata po wysuszeniu 1,6351 „
zatém suchéj istoty 0,2883 „ czyli 14,99%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 91,85 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000100 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 2,20cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0011%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0073 „ „

7. *Kości udowa i goleniowa ze szpikiem kostnym.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 6,2784 grm.
Strata po wysuszeniu 2,6123 „
zatém suchéj istoty 3,6661 „ czyli 58,23%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 1,30sz.cm.
zatém w świeżéj istocie 0,0053%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0526 „ „

5. *Nerki.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 5,2833 grm.
Strata po wysuszeniu 4,5702 „
zatém suchéj istoty 0,7131 „ czyli 13,49%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 5,2833 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000457
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 1,25sz.cm.
zatém w świeżéj istocie 0,0108%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0800 „ „

6. *Mięśnie pośladkowe i miednicy.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 2,2995 grm.
Strata po wysuszeniu 2,0314 „
zatém suchéj istoty 0,2681 „ czyli 11,66%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 52,05 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00123Fe.
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 2,70cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0024%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0206 „ „

7. *Kości udowa i goleniowa ze szpikiem kostnym.*

*A.* Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 5,3169 grm.
Strata po wysuszeniu 2,8018 „
zatém suchéj istoty 2,5151 „ czyli 47,30%.

*B.* Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 5,3169 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00109 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000458
Zużyto „ : 2,40cm.sz.

zatém w świeżéj istocie 0,0207%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0438 „ „

Spopielono: 6,2784 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00119 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000458
Zużyto „ : 2,60cm.sz.

zatém w świeżéj istocie 0,0189%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0325 „ „.

Oprócz powyższych chemicznych rozbiorów stosowałem nadto odczynniki żelaza bezpośrednio na organy wszystkich podległych doświadczeniom zwierząt. Przekonałem się przytém, że wybitne różnice bez doprowadzenia żelaza i po doprowadzeniu tegoż dały się, przy użyciu siarku amonu, i, jeszcze lepiéj, przy użyciu *Ferrocyankalium* i kwasu solnego, zauważyć wyłącznie na wątrobie zarówno królików, jak i kotów i po części także na nerkach. Kawałki wątroby pochodzące ze zwierzęcia, któremu nie wstrzyknięto żelaza, dawały pod wpływem rzeczonych odczynników zaledwie słabą, choć dość wyraźną, reakcyję; reakcyja ta jednak bez wszelkiego porównania stawała się silniejszą, jeżeli próbie poddane zostały kawałki pochodzące ze zwierząt, które otrzymały żelazo. Odnośne kawałki stawały się wtedy w jednym momencie na całéj powierzchni niebieskie, resp. czarne, jakby je kto w błękit berliński lub w atrament pogrążył. Pewna różnica dawała się także zauważyć i na nerkach, a przynajmniéj na nerkach królików, nie stanowiła jednak bezwarunkowo nic takiego, coby, jak to było z wątrobą, od razu w oko wpadało. Błony śluzowe i ścianki przewodu pokarmowego, począwszy od żołądka aż do odbytnicy, zarówno w tym jak i w tamtym razie, nie dawały prawie żadnych makroskopijnych reakcyj na żelazo. Również ujemny był rezultat przy porównawczém w ten sposób badaniu mięśniów i szpiku kostnego.

Kawałki wszystkich wyluszczonych tu organów, a także i niektórych innych, stwardnione zostały w alkoholu do mikrochemicznego badania, przebieg i wyniki jednak tego badania będą przedmiotem oddzielnéj pracy.

Tabelarycznie i porównawczo zestawione wyniki analiz organów z obu doświadczeń przedstawiają się jak następuje [1]:

Przechodząc do wyników pracy niniejszéj, zaznaczyć przydewszystkiém wypada, że zwróconą w niéj została po raz pierwszy, o ile mi wiadomo, uwaga na obecność żelaza w ludzkiém nasieniu i że podane w niéj zostały także po raz pierwszy absolutne ilości żelaza w wolnych zupełnie od krwi organach głodzonego zwierzęcia, w danym razie, królika. Ilości te, jak przekonywa tablica, względnie są dość znaczne. Czy jednak w stanie głodu ilość żelaza w organach staje się zwiększoną, czy też zmniejszoną, na mocy powyższych doświadczeń orzec tymczasem nie mogę, ponieważ brak nierównoległych rozbiorów na zwierzęciu z tego samego pomiotu, w danym razie króliku, lecz niegłodzonym.

Że żelazo, do krwi zastrzyknięte, nie znika z niéj zupełnie, nawet po upływie dość długiego czasu (2 godziny), dowodzą najwymowniéj oba porównawcze rozbiory krwi kociéj przed i po zastrzyknięciu go w formie nietamującéj krwiobiegu. Wniosek ztąd naturalny, że nietylko do rozbioru chemicznego, lecz nawet i dla mikrochemicznych celów, po sztucznem wprowadzeniu do krwi żelaza w formie rozpuszczalnéj, należy bezwarunkowo przepłukiwać organy.

Z pracy niniejszéj wynika daléj, że nietylko mięsień lecz i inne badane organy same przez się nie zawierają w sobie hemoglobiny i że w żadnym z nich, oprócz wątroby, nie nagromadza się żelazo po zastrzyknięciu go do krwi. Być może, że ma to miejsce i z nerką, jak chcą niektórzy,

| Nr. | Od krwi wolny organ [1] | 2 przez 4 dni głodzone 2½ miesięczne króliki (A i B) | | | | | | | | | | 2 niegłodzone 3-miesięczne koty (A i B). | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | A. Bez zastrzyknięcia Fe | | | | | B. Zastrz. 3 cm. sz. Fer. natr. tart = =0,0096 Fe | | | | | A. Bez wstrzyknięcia Fe. | | | | | B. Z zastrz. 17½ cm. sz. Fer. natr.-tart = 0,0560 Fe | | | | |
| | | % ilość | | % ilość Fe | | Stopień makrochemicznéj reakcyi | % ilość | | % ilość Fe | | Stopień makrochemicznéj reakcyi | % ilość | | % ilości Fe. | | Stopień makrochemicznéj reakcyi | % ilość | | % ilości Fe. | | Stopień makrochemicznéj reakcyi |
| | | wody | suchéj istoty | dla śwież. istoty | dla such. istoty | | wody | suchéj istoty | dla śwież. istoty | dla such. istoty | | wody | suchéj istoty | dla śwież. istoty | dla such. istoty | | wody | suchéj istoty | dla śwież istoty | dla such. istoty | |
| 1 | Krew | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 86,895 | 13,105 | 0,0247 | 0,1885 | — | 83,795 | 16,205 | 0,0393 | 0,2425 | |
| 2 | Nerki | 88,26 | 11,74 | 0,0175 | 0,1490 | słaba, rozl. | 89,59 | 10,41 | 0,0172 | 0,1652 | słaba rozl. | 86,51 | 13,49 | 0,0108 | 0,0800 | b. słab. roz. | 88,16 | 11,84 | 0,0073 | 0,0617 | b. słaba.rozl. |
| 3 | Wątroba | 90,08 | 9,92 | 0,0099 | 0,0998 | umiar., rozl. | 91,12 | 8,88 | 0,0153 | 0,1723 | b. silna rozl | 84,65 | 15,32 | 0,0066 | 0,0431 | umiar., rozl. | 86,04 | 13,96 | 0,0125 | 0,0895 | b. sil. rozl. |
| 4 | Żołądek | 93,98 | 6,02 | 0,0050 | 0,0830 | niewidoczna | 92,79 | 7,21 | 0,0050 | 0,0693 | niewidoczna | 89,94 | 10,06 | 0,0055 | 0,0526 | niewidoczn. | 86,60 | 13,40 | 0,0056 | 0,0418 | niewidoczna |
| 5 | Kiszki cienkie | 94,12 | 5,88 | 0,0096 | 0,1632 | „ | 93,84 | 6,16 | 0,0104 | 0,1688 | „ | 88,78 | 11,12 | 0,0021 | 0,0188 | „ | 91,72 | 8,28 | 0,0015 | 0,0181 | |
| 6 | „ grube | 93,87 | 6,13 | 0,0058 | 0,0946 | „ | 90,96 | 9,04 | 0,0088 | 0,0972 | „ | | | | | | | | | | |
| 7 | Mięśnie pośład. i miedn. | — | — | — | — | — | — | — | — | | — | 88,34 | 11,66 | 0,0024 | 0,0206 | „ | 85,01 | 14,99 | 0,0011 | 0,0073 | |
| 8 | Kości ud. gol. i szpik kos. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 52,70 | 47,30 | 0,0207 | 0,0438 | „ | 41,77 | 58,23 | 0,0189 | 0,0325 | |

z badań powyższych jednak to nie wynika. W wątrobie natomiast jak rozbiory okazują, dwa razy więcéj jest żelaza po zastrzyknięciu aniżeli bez zastrzyknięcia. Tym sposobem wątrobę uważać należy za organ, jednę z funkcyj którego stanowi wydzielanie się żelaza z organizmu zwierzęcego. Że funkcyja powyższa jest dla wątroby specyficzną i bynajmniéj niezależną od wolnego w tym organie krwiobiegu i silnego unaczynienia, wypływa to z porównawczych rozbiorów szpiku kostnego, gdzie obok wolnego krwiobiegu unaczynienie jest obfite, a mimo to żelazo się tu nie nagromadza. Szczególną skłonność wątroby do wydzielania żelaza objaśniać sobie należy chemicznie silném powinowactwem licznych istot białkowych tego organu do żelaza, resp. tworzeniem się białkanów.

Porównawcze rozbiory mięśni na żelazo wykazują fakt bardzo uderzający, mianowicie że po zastrzyknięciu żelaza mniéj mięsień zawiera tego metalu, aniżeli bez jego zastrzyknięcia, nota bene, jeżeli powyższe różnice od przyrodzonych warunków obu zwierząt nie zależą. Zastanawiającego tego faktu nie jestem w stanie wytłumaczyć sobie w wyczerpujący sposób; przemawia on w każdym razie za tém, że przepłukanie naczyń było rzeczywiście kompletne i zabezpiecza od wszelkich zarzutów z téj strony. Wszak mięsień stanowił zawsze po szpiku kostnym najtrudniejszy do przepłukania organ.

Wreszcie porównawcze rozbiory żołądka i kiszek, dowodząc najwymowniéj, że nie przez ścianki tychże odbywa się wydzielanie żelaza, obalają *eo ipso* wyż wymienioną hypotezę Koberta i Cahna.

Jak żelazo na krew działa i w jakiéj formie nagromadza się w wątrobie, jakie wędrówki w tym organie i w ogóle po organizmie odbywa, o ile się z żółcią wydziela, pytania te zarówno jak i wiele innych, do których wyniki niniejszych badań prowadzą, będą stanowiły materyjał do dalszych poszukiwań w rozpoczętym, a na niniejszém miejscu zaznaczonym kierunku.

Radzie Instytutu weterynaryjnego, która nie szczędziła środków na zaopatrzenie mnie w należytą ilość naczyń platynowych, niezbędnych dla wykonania téj pracy i innych, poważam się złożyć na tém miejscu najgorętsze podziękowanie.

## IV. Oceny i sprawozdania.

### Medycyna wewnętrzna.

Doc. Dr. Scheck: **O ostrém zapaleniu gardziela.**

Z przyczyn wywołujących to zapalenie nadmienić trzeba: jedzenie zbyt słonych i pieprznych potraw, za gorące lub za zimne napoje, kęsy zbyt duże i twarde, ostre wyskokowe napoje, wreszcie przejście spraw chorobowych z żołądka lub przełyku na gardziel. Ziemssen zaś dodaje jeszcze, że i w przebiegu cholery, duru brzusznego, ropnicy, ostrych wysypek i kiły zdarzają się przypadki ostrego zapalenia gardziela. Objawami są: bolesność znaczna przy połykaniu, przy którém występuje uczucie palenia i darcia w gardzielu i to w rozmaitych częściach tegoż. Jedni chorzy mogą tylko połykać pokarmy płynne, inni zaś stałe, co do tego więc nie ma stałéj reguły. Drugim ważnym objawem jest ból przy ucisku na gardziel, lub też przy zginaniu i wyprostowaniu słupa pacierzowego. Jeżeli więc zajęta jest górna część przełyku, wtedy już samo mówienie, kaszel, odchrząkiwanie, ruchy głową sprawiają choremu dotkliwe bóle. Jeżeli zaś średnia lub dolna część jest zajęta, wtedy nachylanie się, ruchy przy ubieraniu się i każdy inny ruch, przy którym słup pacierzowy zmienia swoje położenie, sprawia choremu ból lub niemiłe uczucia w piersiach lub między łopatkami. — Trzecim objawem jest wydzielanie i wykrztuszanie znacznéj ilości pieniącego się śluzu. W niektórych nawet razach zauważyć można gorączkę, dochodzącą do 39·0°, lekkie majaczenie, wzmożone pragnienie i brak apetytu. Zwykle choroba ta trwa kilkanaście dni lub nawet kilka tygodni. Po wyleczeniu się pozostaje jednak przez dłuższy czas wrażliwość w przełyku przy połykaniu. Rokowanie zwykle jest dobre, aczkolwiek były już przypadki śmierci w skutek zgorzeli, wytworzenia się ropnia, krwotoku lub też w skutek bliznowatego zwężenia gardziela. Leczenie powinno być przedewszystkiém dyjetetyczne. Chorzy tacy powinni żywić się letniém mlekiem, herbatą, kleikami, bulijonem, jajami na miękko i bardzo drobno posiekaném mięsem, a wstrzymać się od wszelkich drażniących pokarmów a tém samém od napojów wyskokowych. Dla uśmierzenia bólów dobre są lody, nie wszyscy jednak chorzy je znoszą, w takich więc razach uciec się należy do zimnych okładów, wcierań ze środków narkotycznych, wstrzykiwań morfinu, a przy niemożności połykania należy stosować lewatywy peptonowe. Dr. S. i Mackenzie polecają też dawać kw. garbnikowy wewnętrznie czy to w postaci pastylek, czy też: *Rp. Acid. tannici* 1·5, *Aq. destill.* 140·0 *Glycerini* 10·0 *DS.* Co 2 godziny łyżkę. *(Münch. med. Wochenschrift* 1886, Nr. 42). *Dr. J. Surzycki.*

---

Dr. Mohn chwali nadzwyczaj okadzania pokojów i odzieży **kwasem siarkawym**, który jest nawet w stanie przerwać koklusz, jeżeli się go stosuje w mieszkaniach, gdzie są chorzy kokluszowi. Dezinfekcyja podobna, jeżeli ma być skuteczną, musi być ściśle przeprowadzona i należy na każdy meter kubiczny przestrzeni użyć do wykadzania 25 grm. siarki. Po dokładném przeprowadzeniu takiego wykadzenia wnosi się do tego pokoju chore dziecko, przebiera się je w odzienie również wykadzone i natychmiast można zauważyć, że dziecko chore, które przedtém silnie kaszlało, przestaje zupełnie kaszleć. Dr. M. podaje, że na własnych 3 dzieciach przekonał się także o skuteczności tego środka; Schönberg na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Chrystyjanii oświadczał się także za skutecznością tych okadzań. (*Wien. med. Blätt.* 1887, Nr. 1). *Dr. J. Surzycki.*

(β) **Aneurysma racemosum arteriale leczone za pomocą wstrzykiwania wyskoku.** W klinice chirurg. w Lipsku obserwowano u 21-letniego kupca na potylicy *Anevrysma racemosum arteriale*, przedstawiające się jako obrzęk wyraźnie tętniący, sięgający ku dołowi do granicy włosów. Według twierdzenia chorego obrzęk ten miał powstać w skutek urazu doznanego w 4tym roku życia. Wielokrotnie próbowano podwiązania naczyń doprowadzających, lecz bez skutku. Ponieważ nie można było myśleć o wycięciu i całkowitém usunięciu narośli, które z powodu znacznie rozwiniętych naczyń zbyt byłoby ryzykownèm, zastósowano metodę nakłówania elektrycznego, lecz pomimo 8-krotnego powtarzania nie doprowadziła ona do żadnego rezultatu. Thiersch wpadł wtedy na myśl śródmiąższowego zastrzykiwania wyskoku, aby tym sposobem sprowadzić zeschnięcie tkanki łącznéj i zanik tętnic. Wstrzykiwania robiono co drugi dzień, zacząwszy od 30% roztworu, poczém stopniowo idąc przez dłuższy czas stósowano roztwór 75%. Za każdym razem wstrzykiwano 1 cm. sz. roztworu w 4—6 miejscach w odstępach 1—2 cm. Ból niewielki ustawał co 1/2 godziny. W miarę jak narośl ta się zmniejszała i zarazem twardniała, robiono też wstrzykiwania bliżéj środka. Już po 14 dniach widoczne były zmiany: stwardnienie na około,

skóra wiotka, a tętnienie nie występowało tak wybitnie. Po miesiącu i zużyciu 143 cm. sz. rozczynu, cały obrzęk zamienił się w twardą masę a tętnienie można było zaledwie wyczuć na 2 miejscach, dokąd krew silniéj dopływała; w tychże samych miejscach wystąpiła potém nieznaczna martwina, a następnie róża, pod wpływem któréj zapewne nacieczenie rychło ustąpiło, a tętnienie już więcéj się nie pojawiło. Po dwu miesiącach chory był niemal już wyleczony, a dotąd w niczém zmiana nie zaszła; tętnienia nie można już nigdzie wyczuć, a stwardnienie już ustąpiło. (*Allg. medic. Central Ztg.*).

## Chirurgija.

Bergmann: **Nowy sposób leczenia zadawnionych złamań rzepki.**

Autor zwróciwszy uwagę na statystykę świeżych złamań rzepki, podaną przez Diverneressa, Brunnera i Rulanda i przytoczywszy 14 przypadków przez siebie w Berlinie leczonych, przychodzi do przekonania, że krwawy sposób leczenia tych złamań jest zupełnie zbytecznym a tylko leczenie ortopedyczne jest wskazaném. Odpowiednie ułożenie, stósowne opatrunki elastyczne, w razie bardzo znacznego krwotoku do kolana punkcyja, a wreszcie wczesne ruchy bierne i czynne i miesienie *musculi quadrati femoris*, oto środki używane przez autora.

Przeciwnie ma się rzecz z przypadkami zadawnionemi, tu odświeżenie i zeszycie odłamków jest wskazaném. Operacyja ta jednak w przypadkach tych nie jest tak łatwą jak w świeżych a czasem napotyka nawet takie trudności, że odłamków nie można w żaden sposób zbliżyć do siebie. W takichto przypadkach zaleca autor operacyję, którą w jednym przypadku w klinice swéj wykonał. Ponieważ czas po złamaniu już był za długi, aby można było myśleć o leczeniu ortopedyczném, dla tego przystąpił autor do zabiegu krwawego. Po przeprowadzeniu cięcia poprzecznego po nad kolanem wyszukano odłamki rzepki na jakie 8 cm. od siebie oddalone i starano się je do siebie zbliżyć. Pomimo jednak nacięć bocznych i oddzielenia części miękkich ku górze, odłamków nie można było więcéj niż na 2 cm. do siebie zbliżyć. Wówczas poprowadził autor drugie cięcie aż do kości poprzecznie tuż poniżéj guzowatości kości goleniowéj (*tuberositas tibiae*), okroił wewnętrzną i zewnętrzną powierzchnię téjże kości i za pomocą szerokiego dłutka oddzielił całą *tuberositas* aż do stawu. Oddłutowany kawałek wisiał teraz tylko na skórze, która go z przodu pokrywała i na częściach miękkich z boku go otaczających, dał się łatwo ku górze przesunąć a wraz z nim więzadło rzepki i dolny jéj odłamek.

Teraz więc udało się odłamki zbliżyć i za pomocą szwu zespoić. Górną ranę zespojono dokładnie, dolną zaś wypełniono gazą jodoformową, na całą ranę dano opatrunek antyseptyczny. W 5 tygodni późniéj odłamki były zrośnięte, po upływie 6 tygodni chory zaczął chodzić, w dwa miesiące zaś późniéj przy energiczném miesieniu *m. quadrati femoris* i wykonywaniu ruchów biernych i czynnych chory był w stanie zupełnie nogę wyprostować, zgiąć zaś prawie do kąta prostego.

Wynik korzystny tego zabiegu operacyjnego zależy naturalnie od tego, czy ten oddłutowany kawał kości nie obumrze a względnie czy nastąpi kostne połączenie tego kawałka z podstawą. Autor ani jednego ani drugiego się nie obawia; należyta grubość i szerokość oddłutowanéj kości daje pewność, że płat będzie dobrze odżywiony i że w odpowiedni sposób do podstawy przyrośnie. (*Deut. med. Wochenschrft* 1887, Nr. 1). *Dr. Sondermayer.*

S. T. Anderson: **Leczenie zwężeń cewki moczowéj męzkiéj za pomocą elektrolizy.**

A. przytacza 4 przypadki leczone w sposób następujący: We wszystkich w przeciągu kilkunastu minut można było wprowadzić do pęcherza świeczki od Nr. 9—17 i w kilku miesiącach osiągnięto zupełne wyleczenie. Korzyści tego sposobu leczenia mogą być następujące: 1) rzadko wymaga on znieczulenia; 2) rzadko występuje krwawienie; 3) sposób ten leczenia jest niebolesnym; 4) chorzy podczas leczenia mogą się oddawać zwykłym zajęciom.

(Czyż nie można szybciéj osiągnąć to samo za pomocą stopniowego, powolnego rozszerzania świeczkami woskowemi a następnie zgłębnikami cynowemi Beniquego? Sprawozdawca w kilku przypadkach uporczywych, nawet podwójnych, zwężeń cewki moczowéj osiągnął tym sposobem leczenia doskonałe wyniki, gdyż wprowadzając początkowo świeczki woskowe Nr. 9 skali francuskiéj wprowadzał przy końcu leczenia świeczki cynowe Beniquego Nr. 26! Czas trwania tego leczenia nie przenosił zazwyczaj jednego miesiąca, a chorzy oddawali się zwykłym zajęciom. Za korzyścią metody powolnéj dilatacyi przemawia także brak tak znacznych kosztów, jakie przyrząd elektrolizy ze sobą pociąga!) (*Annales. of Surgery.* Vol. III, Nr. 5, pag. 434 i *Lancet* 1885, Dec. 5). *Dr. Bayacz.*

## Choroby kobiece.

Elsässer: **Nowy sposób leczenia przewlekłego zapalenia macicy i nieżytu błony śluzowéj téjże za pomocą śródmacicznéj galwanokaustyki.**

Metodę leczenia włókniaków macicy już dawniéj przez siebie podaną zaleca Elsässer obecnie z równym skutkiem przeciw zapaleniu przewlekłemu macicy i błony śluzowéj téjże. Doświadczenia robił w klinice Apostoliego w Paryżu. W miejsce wszelkich śródmacicznych zabiegów przyżega błonę śluzową macicy galwanokaustycznie i twierdzi, że postępowanie to jest od innych łagodniejsze, że łatwiéj można nasilenie działania wymierzyć i takowe umiejscowić, że wszystkie kobiety znoszą je łatwo, a jeżeli odpowiednio jest zastósowane, nie bywa żadnych zapalnych powikłań. Daléj, że bezpośrednie chemiczne działanie, które na stopniowém zniszczeniu błony śluzowéj polega, wywołuje niebawem sprawę odnowy téjże, ułatwiającą wessanie złogów wypocinowych i nowotworów.

Do wykonywania zabiegów galwanokaustycznych śródmacicznych potrzebne są właściwe narzędzia, które opisuje. W dokładnym opisie przebiegu operacyi przestrzega zasad przeciwgnilnych, mówi o ostrożnościach, jakie zachować należy w przypadkach powikłanych krwotokami, radzi używać dodatniego, w innych zaś ujemnego prądu. Posiedzenie trwa od 5 do 10 minut i powtarza się co 7—2 dni w miarę potrzeby. Po zabiegu chore muszą zachować spokój przynajmniéj kilka godzin i robić codziennie wstrzykiwania do pochwy z rozczynu sublimatu lub kwasu karbolowego. — Zbawienne skutki widzieć się dają już po pierwszych posiedzeniach.

Chore leczone przez autora w poliklinice poddawały się zabiegowi chętnie i podawały, że doznają ulgi. Zadziwiające bywały skutki przy krwotokach, gdzie nawet takie, które kilka miesięcy trwały, ustawały po trzech posiedzeniach, a chore przychodziły widocznie do siebie. Złych następstw nie widział nigdy, nawet po użyciu najsilniejszego prądu a podczas zabiegu chore bywały tak spokojne, jakby się nic nie działo. (*Berl. klin. Woch.* 1886, Nr. 51). *Dr. Mars.*

## Choroby kiłowe.

**Fournier: O przyczynach, które wpływają na ciężkość przebiegu kiły.**

Autor w nieco dłuższym artykule w *Gaz. d. hôp.* (Nr. 61, 64, 66, 1886), noszącym tytuł *„Des facteurs de gravité de la syphilis“* zastanawia się, co właściwie jest powodem tak częstym złośliwego przebiegu kiły u niektórych ludzi i to nawet w przypadkach, gdzie zarażenie, z jednego źródła pochodzące, wywołuje u jednych przebieg łagodny, u drugich złośliwy lub nawet bardzo złośliwy. W pracy swéj wypowiada autor zdanie, że ciężkość lub lekkość przebiegu kiły nie może zależeć od zarazka swoistego. Główną rolę grać się tutaj zdaje jakość gruntu, że tak nazwę, odżywki, na któréj zaszczepiono przyrzut kiły. Korzystnym, zdaniem autora, jest dla rozwoju szybkiego i bujnego przyrzutu ustrój podkopany cierpieniami przewlocznemi ogólnemi lub też dziedzicznem usposobieniem. Jako takie momenty usposabiające wylicza autor alkoholizm, wiek podeszły, zołzy, gruźlicę, zimnicę, usposobienie dziedziczne, natężenie w pracy jakiejkolwiek, a wreszcie zupełnie zaniedbane lub niedostateczne leczenie w samych początkach choroby. Momenty te szkodliwie wpływające na przebieg kiły wywołują do pewnego stopnia ważne a sobie właściwe zmiany. I tak przewlekłe zakażenie wyskokowe wpływa zazwyczaj w ten sposób, że wysypka na skórze odznacza się większém nasileniem, większą uporczywością, że występują przeważnie postacie złośliwsze, skłonne do zlewania się i przeobrażania w owrzodzenia. U pijaków właśnie najczęściéj już w drugorzędnéj kile pojawiać się zwykły nieraz kilaki (*Syphilis maligna praecox*), daléj objawy ze strony ośrodków nerwowych, a także i charłactwo syfilityczne, często śmiercią się kończące. Co do rodzajów wysypki skórnéj to podobnie jak pijaństwo usposabia wiek bardzo wczesny lub też podeszły. Usposobieniu gruźliczemu i zołzowemu towarzyszyć zwykły choroby oczu, kości, stawów, krtani i nosa. Tutaj częstokroć spotykamy obraz chorobowy, w którym trudno odróżnić, które z objawów należy odnieść do zakażenia kiłowego, a które policzyć na karb usposobienia wrodzonego. Co się tyczy zimnicy, to autor nie omawia właściwych, szczególnych postaci kiły, jakie temu charłactwu towarzyszyć zwykły, ale podnosi, że w takich przypadkach z ciężkim przebiegiem kiły częstokroć zmiana pobytu chorego nader korzystnie wpływa na leczenie. — Sposób życia nieregularny, życie hulaszcze, bezsenne noce, daléj ciąża, długie karmienie, głód itp. bardzo szkodliwie wpływają na przebieg kiły. Tego rodzaju szkodliwości mogą szczególniéj usposabiać pewne narządy do rozwoju łatwego objawów kiłowych (np. mózg u ludzi natężających ten narząd). Podobnież usposabia do ciężkich objawów kiły tylko ze strony pewnych narządów dziedziczność chorób (np. chorób nerwowych). Niedokładne leczenie wpływa głównie na złośliwość trzeciorzędnych objawów i tutaj autor jeszcze raz podnosi ważność wczesnego a długiego leczenia. Są jednak przypadki kiły ciężkiéj, dla wytłumaczenia złośliwości, któréj nie można znaleźć żadnego z powyższych etyjologicznych momentów. Przypadki takie są jednak rzadkie, a zdaniem autora i dla nich nie można szukać przyczyny złośliwości w złośliwszym rodzaju przyrzutu, lecz zawsze są różne inne powody zewnętrznéj lub wewnętrznéj przyrody, które skrzętném a dokładném klinicznem badaniem nieraz udaje się wykryć, a co ma nie mały wpływ na rokowanie i samo leczenie. *Dr. Kopff.*

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska

**VI Zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. z dnia 9 października 1886.**

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Obecnych członków 16.

Prezes wita członków i zaprasza do pracy po wypoczynku przez lato, poczém wyrażając żal z powodu utraty tak pilnego członka Sekcyi i gorliwego pracownika, jakim był zmarły śp. kol. Schattauer, wnosi, aby uczcić pamięć zmarłego przez powstanie, co uskuteczniono. Następnie zdaje prezes sprawę z uroczystości jubileuszowych dla Berthleffa i Longchampsa i rachunek ze składek na owe jubileusze zebranych.

Kol. Kadyj zdając również sprawę z uroczystości jubileuszowych dla prof. Teichmana, oświadcza, że prof. Teichman dziękuje za życzenia i adres, otrzymane od Sekcyi lwowskiéj, życzy Tow. lek. gal. rozwoju, miastu zaś i kolegom lwowskim w ogóle, aby już raz uzyskać można Wydział lekarski we Lwowie.

Kol. Baracz przedstawia chorego do resekcyi i resekowaną część jelita (36 cm. długą). Przypadek ten zostaje drukiem ogłoszony w Przeglądzie Lekarskim.

Kol. Widmann wykłada rzecz o dzisiejszym stanie nauki o umiejscowieniu czynności mózgowych. Rzecz ta została pomieszczoną w Nrze 4 i 5 *„Wiadomości Lek.“*

W dyskusyi nad tym odczytem wzięli udział: prof. Kadyj nadmieniając, że anatomiczne badanie mózgu jest jeszcze dotąd nieskończone, że zdaje się, że bruzdy i rowki mózgowe nie mają takiéj doniosłości, jaką im przypisują, lecz powstają raczéj mechanicznie, daléj, że badania doświadczalne patologiczne i fizyjologiczne są bardzo trudne, wreszcie że wątpi, ażeby ośrodki miejscowe w mózgu miały być asymetryczne, skoro cała budowa wskazuje dwie symetryczne połowy, po za któremi tylko pewne niewielkie asymetryje się napotyka. O tyle chyba tylko uważa się asymetryję mózgu za usprawiedliwioną, o ile np. większa praca ręki prawéj (lub u mańkutów ręki lewéj) wymaga więcéj komórek nerwowych w ośrodkach. K. przyjmuje tedy z pewném niedowierzaniem prace tego rodzaju, jakie podjęto i ich rezultaty, sądzi bowiem, że może tylko przypadkowym jest ten rezultat badań, że badaczów uderza właśnie jedna tylko strona i jéj ośrodki a uchodzą uwagi środki strony drugiéj.—Kol. Ziembicki wspomniał co do afazyi, że u mańkutów występuje w skutek uszkodzenia nie lewego lecz prawego zwoju czołowego podstawowego, przypuszcza więc, że może np. używanie ciągłe prawéj ręki (lub lewéj u mańkutów) albo przywyknienie nadaje przewagę nerwom ruchowym a względnie ich ośrodkom nad czuciowemi. Prelegent kol. Widmann w odpowiedzi zwraca uwagę przedewszystkiem na trudności przedstawienia téj rzeczy w języku polskim, brak bowiem odpowiednich terminów. Nadmienia daléj, że spostrzeżenia i doświadczenia czynione na psach nie wiele nas nauczyły w téj sprawie, lecz dopiero obserwacyja zranień podczas wojny francusko niemieckiéj naprowadziła szkołę niemiecką na dokładniejszą drogę badań i dziś doprowadziła istotnie badania te do ścisłości i doskonałości. Co do doświadczeń na mózgach psów, to choć im wiele zarzucić można, przyznać należy, że Hitzig i Fritsch robią bardzo delikatne doświadczenia, drażniąc mózg tak małemi elektrodami jak główka szpilki. Nothnagel zaś dokonywa zniszczeń pewnéj cząstki kory mózgowej za pomocą wstrzykiwań małéj ilości kwasu chromowego. Wprawdzie Goltz twierdzi, że małe zniszczenia kory mózgowej nie mają doniosłości, że trzeba niszczyć większe części kory i mózgu, lecz w rzeczy saméj doszli i jedni i drudzy badacze do tych samych prawie rezultatów i nie wywołali porażeń połowiczych (jak u ludzi), tylko porażenia 2—3 albo wszystkich odnóg. Kol. W. nadmienia, że tylko ścisłe obserwowanie klinicznych przypadków a potém wynik dokładnie wykonanéj sekcyi porównany z obrazem klinicznym pozwalałyby czynić pewne wnioski, chociaż i to z pewną ostrożnością, bo jeżeli np. ktoś po udarze mózgowym długo żyje, to wtedy umiejscowienie wywołane zniszczeniem pewnéj części mózgu zatrze się i taka sekcyja wiele nie może pouczyć. Że np. w lewéj półkuli jest centrum mowy a więc asymetrycznie jest środek mowy umieszczony, do-

wodzi najlepiéj ślepota słów. Chory wtedy wymówi lub przeczyta słowo, ale nie rozumie jego znaczenia. Że owe środki nie są przypadkowe stwierdzają najlepiéj ci, co mają tak wiele materyjału jak Charcot, a robią dokładne spostrzeżenia. Charcot up. na obrazach mózgu schematycznie pokratkowanych prowadzi historyje chorych za życia bardzo dokładne, a przy sekcyi notuje w odpowiednich kratkach wielkość i miejsce obrażenia mózgu.

Z porządku dziennego następuje wybór delegata sekcyi lwowsk. Tow. lek. galic. do miejskiej Rady zdrowia. Przewodniczący wnosi, ażeby nie wybierać delegata, albowiem Rada miejska zdrowia niejedną sprawę sanitarną uchwala lub polcca do zarządzenia, a magistrat nie uwzględnia wcale zdania Rady i już niejednokrotnie wręcz przeciwnie postąpił, przez co spada zarzut na Radę zdrowia, że interesów zdrowotnych mieszkańców Lwowa nie uwzględnia. Kol. Widmann, który był dotąd delegatem do miejskiéj Rady zdrowia, popiera wniosek Prezesa nadmieniając, że Rada ta istnieje tylko na papierze, a jeżeli kiedy zwoływaną zostaje na posiedzenia, to bytność na tych posiedzeniach jest czystą stratą czasu, wszystko bowiem, co tylko chce Rada przeprowadzić, nie jest możliwem do przeprowadzenia, bo Magistrat wcale zdania Rady nie przyjmuje; wnosi więc aby delegata nie wybierać, a jeżeli sekcya chce i będzie wybierać, to kol. Widmann oświadcza, że nie życzy sobie być wybranym i wyboru nie przyjmie. Kol. Stroynowski, który należy do miejskiéj Rady zdrowia jako Radny miejski nadmienia, że Rada ta przecież niejednéj pracy dokonała i że nie jest tak źle jak kol. Widmann sądzi, wnosi więc aby wybrać delegata. Wniosek ten popiera kol. Wiktor dodając, że może sekcyja upoważnić delegata, aby ewentualnie wystąpił z miejskiéj Rady zdrowia, jeżeli nadal tak się dziać będzie jak kol. Prezes i kol. Widmann podają. Kol. Merczyński aczkolwiek nie zapatruje się na miejską Radę zdrowia jak kol. Stroynowski, sądzi, że Rada jest od tego, aby radziła, czy jéj rady słuchają, czy nie, to już nie wina Rady, zawsze lepiéj, że ktoś ze sekcyi tam jest; wnosi więc, aby delegata wybrano i aby przywileju, jaki sekcyja ma, wysyłania delegata do miejskiéj Rady zdrowia, nie zatracono, poczém po krótkiéj naradzie wybrano kol. Merczyńskiego na delegata do miejskiéj Rady zdrowia.

*Dr. Wiktor.*

## VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Th. Kitt: **Przyczynek do znajomości cholery u drobiu i jéj szczepienia ochronnego.**

Jak w chorobach zaraźliwych ludzkich, tak bardziéj jeszcze w chorobach zaraźliwych zwierzęcych jest usilne dążenie, aby wykryć i ustalić sposoby ochronnego szczepienia. Do rzędu takich chorób zwierzęcych należy cholera u drobiu. Przyczyną jéj są grzybki, dające się sztucznie hodować. Hodowlą ich osłabioną, z pracowni Pasteura pochodzącą, szczepił Kitt drób a wynik jego doświadczeń w tym względzie nie zachęca do dalszych szczepień. Oto zdanie jego w téj mierze: „Zupełnie zbytecznem, niebezpiecznem nazwałem szczepienie ochronne cholery u drobiu i niemające żadnego praktycznego znaczenia“. Zbieranie odchodów chorego drobiu i ich niszczenie, oczyszczenie i odwietrzenie sprzętów stajennych, zanieczyszczonych przez drób, naczyń do poju, kojców itp. często odrazu epizoocyję przerywało. (*Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin u. vergleich. Pathol.* XIII Bd. 1 zeszyt). *Dr. Buszek.*

F. Hueppe: **O zarazie na dziczyznę (*Wildseuche*) i jéj znaczeniu dla gospodarstwa i higijeny.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 4

Prątki właściwe zarazy, o któréj mowa, wykryte przez Kitta, można widzieć wprost we krwi bez immersyi i w zapalnym obrzęku. Zabarwiają się wodnym roztworem fuksyny, fioletem i błękitem metylowym, wesuwinem. Najprzydatniejszemi dla przekrojów są błękit metylowy i fuksyna.

Bakteryje są wszędzie we krwi jednostajnie rozmieszczone i są bardzo liczne, jak w żadnéj innéj chorobie. Tylko u gołębi po zaszczepieniu podskórném znajduje się stosunkowo mało bakteryj, jako też niekiedy we krwi rogacizny i nierogacizny w cięższéj powolnéj formie płucnéj. Przeważnie są w surowicy, tu i owdzie w ciałkach krwi tak białych jak i czerwonych. Bardzo rzadko w płucach i nerwach znajdowano naczynia włosowate zapchane bakteryjami.

Czy prątki wnikają w komórki, czy niszczą czerwone ciałka krwi jako pasorzyty wciskają się w ameboidowe komórki krwi i z temi do tkanek i walczą z komórkami tychże, dotąd nie rozstrzygnięto. Również nie wiadomo, czy one działają mechanicznie, czy téż przez odciąganie kwasorodu zgubnie działają, czy téż wreszcie tworzą swoiste jady zasadowe.

Prątki znajdują się we krwi wiele godzin przed śmiercią. Mnożą się po śmierci i we 3 miesiące krew była jeszcze zakaźną. Długość ich 2 — 3 razy większa aniżeli szerokość. Długość 4 prątków wyrównywa długości ciałek krwi. Rzadko można widzieć prątki w połączeniu, dopóki przedstawiają się jako koliste albo elipsoidowe komórki barwiące się w całości. Postać ta wydłuża się w prątek z końcami zaokrąglonemi. W prątku dzieli się treść ściągając się ku biegunom i rozdziela cały prątek na dwa. Łańcuszkowe albo pakiecikowe ułożenie nie znajduje się. Ruchu nie mają. Obumierające prątki widział H. 2 — 4 razy dłuższe z końcami maczugowatemi albo osełkowatemi; fruktyfikacyi w nich nie stwierdzono.

W hodowlach kolonije przedstawiają się w gelatynie jako białe, w agar-agarze jako szarawe, wielkości główki od szpilki, przy miernem powiększeniu jako drobno ziarniste. W hodowlach powstałych przez nakłucie okazują się odosobnione kolonije, albo te spływają się w szarą rysę. Na gelatynie nie widać nigdy rozpłynienia, tylko tworzy się biały nalot czasami wielkości soczewicy. Na agarze jest wzrost podobny, tylko więcéj szarawo biały i przeświecający. Na stężonéj surowicy tworzy się delikatny przeświecający osad. W bulionie powstają naprzód rozlane zmętnienia, potem szarawo biały osad. Na ziemniakach buja jako szarawo żółty lekko wystający nalot. Poniżéj 12 — 13° C. ustaje bujanie, w ciepłocie krwi kolonije rozwijają się w przeciągu 24 godzin, mnożą się także w wodzie bogatéj w azot w ciepłocie pokojowéj, jako też w ziemi ogrodowéj o wilgoci 50 — 70%. Giną prątki od sublimatu 1 na 5000 w 1 minucie, w 3% kwasie karbolowym w 6 godzinach, w aseptolu 1% w 16 godzinach, w 5% w 1 godzinie a w 10% w 15 minutach. W wodzie ogrzanéj do 80° C giną prątki w 1 godzinie. Zagotowana woda również je gubi; wysuszenie na szkiełku lub nitce pozbawia je żywotności w 3 dniach. Odwietrzanie przeto łatwe.

Hodowle w gelatynie, na agar-agarze tracą jadowitość w przeciągu 4 tygodni, podczas gdy inne hodowle utrzymują zaraźliwość jeszcze przez 4 miesiące. Prątki te pędzą życie pasorzytnicze tylko wyjątkowo.

H. proponuje nazwę dla zarazy, o któréj mowa, posocznica kwotoczna, skórna, płucna i kiszkowa. Czy i dla człowieka jest ona niebezpieczna, dotąd nie wiadomo.

Ma ona wielkie znaczenie dla higijeny, mianowicie dla zrozumienia cechy chorób zaduchowo przyrzutowych.

Według Bollingera zarazek daje się przewlec i przeszczepić, trzyma się wszystkich części schorzałego ciała, osobliwie krwi, produktów chorobowych, treści kiszkowéj. Roz-

mnaża się tak wewnątrz jak i zewnątrz organizmu zwierzęcego. Według tego byłaby zaraza namieniona chorobą przyrzutową jak choroby przyranne. Kitt przez hodowlę dowiódł, że zarazek ma okres także pozaustrojowy i zwrócił uwagę na różnicę co do sposobu zarażania w odróżnieniu od wąglika. Zaraza na dziczyznę pojawia się tylko w pewnych okręgach i czasach, pomimo że usposobienie do niéj zawsze bywa jednakowe.

Według teoryi Pettenkofera choroby zaduchowo-przyrzutowe są właściwie chorobami zaduchowemi. Zarazek X opuszcza ustrój jako niezarażający; do niego przyłącza się w gruncie albo w surogacie gruntu czynnik wewnętrzny Y i dopiero wtedy powstaje poza organizmem z X i Y zarazek czynny. Czynnik tak ważny jak usposobienie osobnicze jest tu pominiętym a pomijają go także niekiedy bakteryjolodzy. Dla Pettenkofera istnieje tylko jeden sposób zarażenia — przez drogi oddechowe; przez skórę i przewód pokarmowy zaledwie dla niego istnieje możność zarażenia. I dla tego teoryja co do wody do picia odznacza się u Pettenkofera pewném lekceważeniem dla drogi pokarmowéj.

Dotąd nie stwierdzono przez doświadczenie, o ile otoczenie ma wpływ na osobnicze usposobienie. Wiadomo tylko, że są więcéj i mniéj usposobione pewne gatunki i rasy zwierząt tak do zarazy dziczyznowéj jak i do wąglika, i że rasy usposobione do nich zarażają się zawsze po szczepieniu bez względu na warunki czasowe i miejscowe, podczas gdy same przez się, pomimo usposobienia i panowania tych zaraz, tylko w pewnych przypadkach na nie zapadają. Zarazek ich jest w organizmie, we krwi i cieczach tkaninowych, ale w sposób przyrzutowy przez rany wszczepiony nie sprowadza nigdy epizoocyj. Przyrzutowy więc ten czynnik ma znaczenie ograniczone dla epizoocyi. A nawet dla tyfusu i cholery ta droga zarażania odpada według dotychczasowych doświadczeń. W wągliku i zarazie na dziczyznę potrzeba do przyrzutowego zarażenia oprócz usposobienia także ranki dla wtargnięcia zarazku do ustroju i właśnie ta okoliczność dowodzi, że przez Henlego podana grupa chorób przyrzutowo-zaduchowych musi się jeszcze utrzymać. Fakta epidemijologiczne, doświadczenia kliniczne i bakteryjologiczne przemawiają przeciwko temu, aby choroby przyrzutowo-zaduchowe nie miały się udzielać drogą przyrzutową. Czy także drogą odchodową wydała się zarazek niezarażający, jak Pettenkofer twierdzi, to co do zarazy dziczyznowéj odchody zarażają króliki także drogą szczepienia przez skórę. Wąglikowe zarodniki mogą być w odchodach. Treść jelit w cholerze zaraża po wprowadzeniu jéj do żołądka. Zatém X Pettenkofera, które ma być w chorobach przyrzutowo-zaduchowych niezaraźliwém, według doświadczeń dotychczasowych zaraża. Wąglikowe zarodniki wytwarzają się poza organizmem według Kocha a według Soyki najłatwiéj wykształcają się w ziemi.

Wąglik przedstawia wzorową postać chorób przyrzutowo-zaduchowych w duchu teoryi Pettenkoferowskiéj. Udziela się on drogą oddechową a drogą pokarmową w ten sposób, że prątki giną w soku żołądkowym, zarodniki zaś opierają się zabójczemu jego działaniu. Zatém jad w zarazie na dziczyznę tak w stanie rozwoju poza organizmem jak i w nim jest zaraźliwym, nie zależy od jakości gruntu, bo nie ma postaci rozwojowéj zarodnikowéj, tylko prątkową. I ta okoliczność przemawia przeciwko teoryi Pettenkoferowskiéj, jakkolwiek tak zaraza na dziczyznę jak i wąglik są chorobami zaduchowo-przyrzutowemi. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1886. Nr. 44, 45 i 46). *Dr. Buszek.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,5. Z dławca i błonicy umarło 3 (0 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy. W tygodniu od 2—8 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 6, w Budapeszcie 32, w Wiedniu 3, w Pradze 2, w Rzymie 13, w Petersburgu 6, w Wenecyi, Paryżu i Brukseli po 1. Z duru osutkowego umarło: w Stokholmie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Berlinie 1. Z duru brzusznego umarło: w Hamburgu 19, w Paryżu 23, w Londynie 15, w Petersburgu 14. Z odry umarło: we Wrocławiu 8, w Paryżu 51, w Londynie 104. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 14, w Kolonii 7, w Londynie 11, w Petersburgu 14. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 43, w Dreźnie 16, w Hamburgu i Lipsku po 9, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 22, w Pradze 13, w Paryżu 44, w Londynie 21, w Chrystyjanii 9, w Kopenhadze 11, w Petersburgu 17. Z krztuśca umarło: w Paryżu 12, w Londynie 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,0; we Lwowie 39,2; w Brodach 33,5; w Drohobyczu 45,7; w Kołomyi 30,1; w Przemyślu 45,6; w Stanisławowie 35,5; w Tarnopolu 41,6; w Tarnowie 32,1; w Czerniowcach 34,6; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 27,8; w Wiedniu 26,0; w Salcburgu 25,6; w Gracu 28,0; w Tryjeście 38,8; w Insbruku 22,7; w Pradze 33,6; w Bernie 43,2; w Ołomuńcu 26,9; w Opawie 20,6; w Berlinie 22,5; we Wrocławiu 34,6; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 23,8; w Hamburgu 34,3; w Lipsku 26,4; w Monachowie 24,7; w Strasburgu 21,4; w Amsterdamie 24,0; w Brukseli 27,1; w Budapeszcie 32,5; w Chrystyjanii 27,4; w Kopenhadze 22,6; w Londynie 26,3; w Odesie 28,0; w Paryżu 25,7; w Petersburgu 29,0; w Rzymie 24,9; w Stokholmie 21,7; w Wenecyi 29,7. *J. B.*

## VII. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 27 stycznia. Komisyja redakcyjna Przeglądu Lekarskiego ukonstytuowała się. W skład jéj w roku bieżącym wchodzą oprócz redaktora prezes i wiceprezes Tow. lek. proff. Mikulicz i Kopernicki, podskarbi Tow. docent Zarewicz, wybrani przez Tow. lek. proff. Madurowicz, Cybulski, Oettinger i fizyk Buszek, wybrani przez Tow. lekarzy galicyjskich prof. Rydel i docent Grabowski, wreszcie zaproszeni przez komisyję proff. Domański i Obaliński, Dr. Kwaśnicki, prymaryjusz Paszkowski, docent Gluziński i Dr. Kopff.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego przedstawili: prof. Obaliński chorego z dermanaplastyką powieki górnéj (w dyskusyi wzięli udział proff. Rydel i Mikulicz, Drowie Prus i Sondermajer), docent Pieniążek dwie kobiety uleczone z przerostu błony śluzowéj bocznych ścian krtani pod głośnią, prof. Mikulicz mężczyznę, u którego wykonał według nowéj, własnéj metody resekcyję całéj trzeciéj gałęzi n. troistego; wreszcie Dr. Walentowicz okazał echinorynchy.

* W Poznaniu opróżnioną będzie od 1 kwietnia r. b. posada lekarza asystenta w szpitalu miejskim, połączona z płacą roczną 1000 marek, mieszkaniem wolném, opałem i światłem. Ubiegający się o tę posadę winni do 1 marca wnieść podanie do magistratu. Znajomość języka polskiego jest pożądaną.

* Otrzymaliśmy pierwsze 4 zeszyty V tomu dzieła p. t. *Biographisches Lexicon,* mieszczące w sobie żywoty lekarzy począwszy od Revolata aż do Schroetera. Pomiędzy bijografijami znajdujemy życiorysy lekarzy polskich: Rewolińskiego, Rogowicza, Rolińskich, Rollego, Rosego, Rosołowskiego, Rothego, Rumszewicza, Rybickich, Rydla, Rydygiera, Rymkiewicza, Stelli-Sawickiego i Sawiczewskich.

* Prezesem Tow. lekarskiego chorwacko-sławońskiego w Zagrzebiu obrany został protomedyk tameczny Dr. Kalli-

voda-Falkenstejnski, jego zastępcą lekarz sztabowy Dr. Huber, sekretarzami zaś: Dr. Władysław Rakovac i Dr. Antoni Lobmayer, który jest zarazem redaktorem Lječničkiego Vjestnika.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Radca dworu prof. Billroth mianowany został dożywotnim członkiem Izby Panów. — **Wrocław**. Prof. Foerster otrzymał charakter tajnego radcy lekarskiego. — **Petersburg**. Drowie Podwysocki i Szydłowski uzyskali *veniam legendi*, pierwszy z patologii ogólnéj, ostatni z higijeny.

* **Odznaczenia**. Otrzymali ordery rosyjskie tajny radca i akuszer nadworny Krasowski order Orła Białego; rektor uniw. w Dorpacie prof. fizyjologii Aleks. Schmidt, okulista petersburski hrabia Magawly i rzecz. radca stanu prof. Mierzejewski order św. Stanisława 1éj kl.

* **Nekrologija**. W Zagrzebiu umarł d. 6 bm. Dr. Antoni Weselsky, 68 l. liczący, wysłużony starszy lekarz sztabowy 1éj kl., powszechnie poważany w kraju. — W Indyjach wschodnich umarł skutkiem spadnięcia z konia lekarz jeneralny Dr. Wolseley, brat lorda i jenerała. — W Gronindze (w Holandyi) umarł tameczny prof. chirurgii Dr. Ranke, licząc lat 38.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Trzebickiego: (Z kliniki prof. Mikulicza): Przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli; Nenckiego i Fabiana: O przetworach fermentowych mleka (c. d.); Łychowskiego: O leczeniu ostréj rzeżączki cewki moczowéj za pomocą rezorcyny.— W *Medycynie* Nr. 4: Florkiewicza: Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etyjologii ropnego zapalenia wątroby (c. d.); Pacanowskiego: Obecny stan kwestyi o nadmierném wydzielaniu i nadmiernéj kwaśności soku żołądkowego (dok.).

**Redakcyja otrzymała:**

Dr. J. ROGOWICZ: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie. (Odbitka z „Medycyny“) Warszawa 1886 in 8vo str. 36.

* **Sprostowanie**. W Nr. 4 str. 60, szpalcie 1éj, zamiast *ex ostitide* ma być *otide*, w szpalcie 2éj zamiast Schwartze l. c. ma być: Schwartze D. Chir., L. 32, str. 323); wreszcie na str. 59 w szpalcie 2éj, wiersz 9 od dołu po wyrazach: „małych komórek piramidalnych“, prosi autor o dodanie ustępu: „Porównanie z preparatami, sporządzonemi z kory mózgu ludzkiego stwierdziło, iż wydobyte kawałki były szczątkami z powierzchni mózgu pochodzącemi“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.